

PARA USO DEL CONDADO/ESTADO:	
SOCIAL SECURITY NO.	GR CODE:

AUTORIZACION PARA REEMBOLSO DE ASISTENCIA TEMPORAL OTORGADA MIENTRAS SE DETERMINA LA ELEGIBILIDAD PARA SSI/SSP

Entiendo que la asistencia pública que _____ me pague o pague a mi favor se considera asistencia temporal si es pagada durante el período de tiempo en que se esté determinando mi elegibilidad para Seguridad de Ingreso Suplemental (SSI)/Programa Suplementario del Estado (SSP). (La asistencia que reciba fondos federales ya sea parcialmente o en su totalidad no podrá ser considerada asistencia temporal.)

En consideración de dicha asistencia temporal que se me pague o que se pague a mi favor, yo, _____, autorizo al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, a través de la Administración del Seguro Social (SSA), enviar a la dependencia antes mencionada, el primer pago de cualesquier beneficios de SSI/SSP, a que se me pueda determinar elegible.

Autorizo a la dependencia mencionada retener de ese pago una cantidad igual a la cantidad de pagos de asistencia pública que dicha dependencia y otras oficinas de California encargadas de otorgar asistencia temporal, me hayan pagado o hayan pagado a mi favor, para satisfacer mis necesidades básicas, antes y después de la fecha de esta autorización, pero limitándose al período en que estaba pendiente la determinación de mi elegibilidad para SSI/SSP.

- Elegibilidad Inicial comenzando con el mes para el cual se me determine elegible para recibir pagos de SSI/SSP y terminando con el mes en que comiencen mis pagos de SSI/SSP;
- o
- Elegibilidad Posterior comenzando con el mes en el cual se restauren mis pagos de SSI/SSP, después de un período de suspensión o terminación y terminando en el mes en que vuelvan a comenzar mis pagos.

Entiendo que, después de deducir lo anterior de mi pago de SSI/SSP, la dependencia mencionada me pagará el saldo, si lo hay, a más tardar diez (10) días laborables a partir de la fecha en que la mencionada dependencia reciba mi pago de la SSA.

Entiendo que si creo que la cantidad que se haya deducido de mi pago retroactivo de SSI/SSP es superior a la cantidad de asistencia pública que la mencionada dependencia me haya pagado, o se haya pagado a mi favor, o si creo que dicha dependencia no me pagó el exceso en el período de diez (10) días, tengo el derecho a solicitar una audiencia con el Departamento de Servicios Sociales del Estado. Esta petición debe ser presentada en un término de noventa (90) días a partir de la fecha en que la mencionada dependencia me notifique del recibo y desembolso del pago.

Entiendo que si presento una reclamación inicial para beneficios de SSI/SSP en una oficina del Seguro Social en un término de 60 días a partir de la fecha en que la mencionada dependencia reciba esta forma firmada, mi elegibilidad para beneficios de SSI/SSP puede comenzar tan pronto como la fecha en que la mencionada dependencia reciba esta forma firmada.

Entiendo que esta autorización entrará en vigor cuando la mencionada dependencia reciba esta forma firmada, y que dejará de surtir efectos:

- Reclamación Inicial al fin de un (1) año a partir de la fecha en que la mencionada dependencia reciba esta forma firmada, a menos que solicite SSI/SSP dentro de ese límite, u ocurra antes uno de los eventos que se listan abajo, en cuyo caso la autorización dejará de surtir efectos a partir de la fecha de dicho evento;
- o La SSA hace un pago inicial o restaura los pagos en mi reclamación;
 - o La SSA niega mi reclamación y no presentó una apelación de esa determinación a tiempo;
 - o La dependencia mencionada y yo acordamos terminar esta autorización.
- o
- Elegibilidad Posterior al fin de un (1) año a partir de la fecha en que la dependencia mencionada reciba esta forma firmada, o al fin del período máximo dentro del cual se puede solicitar un examen de la determinación para suspender o terminar mis pagos de SSI/SSP (el período que dure más), a menos que presente a tiempo, una petición para que se lleve a cabo un examen, u ocurra primero uno de los eventos anotados arriba, en cuyo caso la autorización dejará de surtir efectos a partir de la fecha en que ocurra el evento.

FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE DESIGNADO (CARGO):		FECHA:
FIRMA DEL REPRESENTANTE DE LA DEPENDENCIA:	TELEFONO:	FECHA:
Si el beneficiario firma la forma con una marca, la firma debe hacerse ante dos testigos quienes enseguida proporcionarán sus firmas, dirección y fecha.		
TESTIGO:	TESTIGO:	
DIRECCION (NUMERO, CALLE):	DIRECCION (NUMERO, CALLE):	
CIUDAD:	ESTADO:	ZONA POSTAL:
CIUDAD:	ESTADO:	ZONA POSTAL:
PARA USO DE LA ADMINISTRACION DEL SEGURO SOCIAL (For turnaround information to the county/state agency)		
<input type="checkbox"/> This form has been transmitted to the SSA system.	<input type="checkbox"/> Another GR is already in system.	NO: _____